

331

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

M. Bajon

1501



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 mai 1901 à 1 heure

Par MARCEL BAJON

Né à Montoire (Loir-et-Cher), le 17 juillet 1874.

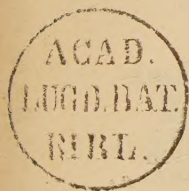
DE LA

SYMPHYSÉOTOMIE RÉPÉTÉE

Président: M. BUDIN, professeur.

*Juges { MM. BOUILLY, professeur.
BONNAIRE et WALLICH, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Docteurs. Professeurs		M. BROUARDEL
Anatomie.		MM.
Physiologie.		FARABEUF.
Physique médicale.		CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale.		GARIEL.
Histoire naturelle médicale.		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.		BLANCHARD.
Pathologie médicale.		ROUCHARD.
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.
Anatomie pathologique.		HUTINEL.
Histologie.		LANNELONGUE
Operations et appareils.		CORNIL.
Matière médicale et pharmacologie.		MATHIAS DUVAL
Thérapeutique.		TERRIER.
Hygiène.		POUCHET.
Médecine légale.		LANDOUZY
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		PROUST.
Pathologie expérimentale et comparée.		BROUARDEL.
		BRISAUD.
		CHANTEMESSE
Clinique médicale.		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARAIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON ONCLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

DE LA

SYMPHYSÉOTOMIE RÉPÉTÉE

INTRODUCTION

La symphyséotomie, depuis ces dernières années, a été trop bien et trop complètement étudiée, trop de travaux remarquables ont paru sur son compte pour que nous ayons l'intention de traiter à nouveau son historique, son manuel opératoire, ses résultats.

Nous ne voulons l'examiner qu'à un seul de ses points de vue : celui de sa répétition sur la même femme.

Parmi les observations de symphyséotomies déjà publiées, nous avons recherché celles qui avaient été pratiquées dans ces conditions, et nous leur avons ajouté une observation personnelle sur une femme symphyséotomisée cette année pour la troisième fois, avec plein succès d'ailleurs, à la Maternité de l'hôpital de Versailles, par M. le Dr Broussin.

Passant en revue toutes ces observations, nous cons-

taterons quelles en furent les difficultés opératoires particulières, et les accidents provenant de l'opération antérieure ; quels en ont été les résultats immédiats et éloignés ; enfin nous terminerons en cherchant à apprécier si, chez une femme redevenue enceinte après une première ou une deuxième symphyséotomie il faut laisser la grossesse progresser jusqu'au terme en envisageant la possibilité d'une nouvelle intervention, ou s'il faut redouter cette dernière, et préférer l'accouchement prématuré provoqué, ou, si l'on est arrivé au terme pratiquer l'opération césarienne.

A la fin de nos études, nous adressons l'hommage de notre respectueuse gratitude pour leur appui et leurs bons conseils, à tous nos maîtres dans les hôpitaux : MM. les Dr^s Quénu, Lepage, Petit, Gérard-Marchand, Renault, dont nous avons suivi l'enseignement à Paris ; et à MM. les Dr^s Broussin, Parelle, Laurent, de Fourmertraux, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne à l'hôpital de Versailles, et auxquels nous consacrerons toujours un souvenir particulièrement reconnaissant, pour le bienveillant intérêt qu'ils n'ont cessé de nous témoigner pendant deux ans.

DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES PARTICULIÈRES

ACCIDENTS

1^o Première période de la symphyséotomie.

La symphyséotomie a été répétée chez la même femme par plusieurs des premiers chirurgiens et accoucheurs qui la pratiquèrent.

Quelques années après que Sigault eût fait la première symphyséotomie, Damen médecin de la Haye qui, sur les conseils de Camper, avait pratiqué avec succès l'opération de la symphyse sur une femme en 1783, la pratiqua une seconde fois sur la même femme en 1785, quand elle fut à terme de nouveau. Il eut d'ailleurs un résultat excellent.

L'enfant vécut, et la mère n'avait aucun trouble, ni incontinence d'urine, ni douleur, ni boiterie quand on l'examina un an après. Elle eut seulement un léger prolapsus du vagin. La symphyse fut un peu déprimée. Les complications de péritonite qui suivirent furent plutôt le fait des méthodes défectueuses de l'époque, et du manque d'antisepsie pendant la version (Obs. I).

Un peu plus tard, en 1809 (obs. II) Dubois fit une symphyséotomie pour la seconde fois, et avec succès, chez une femme dont l'enfant vécut. Il y eut des accidents

inflammatoires qui occasionnèrent de la lymphangite, de l'œdème des grandes lèvres, de la péritonite, puis une cystite. Tous ces accidents s'amendèrent d'ailleurs et la femme guérit aussi.

Vermandois en 1811 (obs. III) en fit autant, mais l'enfant mourut à cause de la procidence du cordon et de longueur de l'extraction, ce qui lui fit penser qu'il valait mieux faire la version avant l'opération pour éviter tout retard dans l'extraction.

Ces trois chirurgiens ou accoucheurs constatèrent d'ailleurs que l'opération était rendue plus difficile par la dureté de la cicatrice fibro-cartilagineuse.

Les résultats en furent pourtant très beaux, surtout si l'on considère les difficultés inhérentes aux méthodes de l'époque, les chances d'infection et d'hémorrhagie.

2^e Période actuelle.

Mais ce sont là des observations plutôt historiques, examinons donc les cas plus modernes postérieurs à la renaissance de la symphyséotomie.

Et d'abord, ils ne sont pas aussi nombreux qu'on eût pu le supposer, et cela tient à plusieurs raisons : d'abord beaucoup de femmes symphyséotomisées qui redevinrent enceintes accouchèrent spontanément ; et c'est une question très intéressante qui a soulevé d'ailleurs de nombreuses discussions : de savoir s'il y a un agrandissement suffisant du bassin après une symphyséotomie, pour que les accouchements suivants puissent se faire spontanément ?

Or, cet agrandissement des diamètres ne peut, le plus sou-

vent être considérable, à cause du peu d'écartement du pubis dans la plupart des cas ; ce n'est guère, semble-t-il que dans les bassins limite que ce fait peut avoir une utilité véritable ; M. Varnier admet qu'il y a lieu de tenir compte surtout de conditions mécaniques mieux adaptées, de la plus grande réductibilité de la tête fœtale, de son volume moins considérable d'une meilleure accommodation.

Sur 17 femmes examinées à ce point de vue, par M. Varnier, 4 seulement ont dû être opérées à nouveau, les autres accouchements s'étant faits sans intervention.

En second lieu, en présence d'une grossesse survenant après une symphyséotomie, beaucoup de médecins et d'accoucheurs, ne se souciant pas de courir les risques d'une seconde intervention, préfèrent provoquer prématurément l'accouchement, s'ils en ont la facilité ou, dans le cas d'une grossesse à terme, faire l'opération césarienne suivie ou nom de l'hystérectomie.

Si bien qu'en somme la récidive est plutôt l'exception. Néanmoins les 26 observations que nous avons réunies pourront nous donner quelques renseignements utiles.

Nous procéderons, pour passer en revue les difficultés en suivant les temps de l'opération.

Nous commencerons donc par l'incision cutanée. On l'a pratiquée généralement dans l'ancienne cicatrice. La peau est adhérente aux tissus sous-jacents et s'écarte plus difficilement, il ne semble pas que les hémorrhagies soient plus fréquentes.

Quand la peau est sectionnée, on se trouve en présence de la cicatrice du fibro-cartilage.

Une difficulté se présente alors, presque constamment relatée, et constatée aussi par nous dans deux observations personnelles : c'est la dureté particulière du tissu cicatriciel, qui rend la section difficile.

M. Varnier, au Congrès de Moscou, citait le cas de M. Kustner, qui dut opérer la section de la symphyse au ciseau, tant cette dernière s'était ossifiée après la première opération. A part ces cas tout à fait exceptionnels cette section n'offre pas de difficulté. (1) C'est après cette section que se présente une difficulté plus sérieuse. Nous voulons parler du pont fibreux que l'on rencontre toujours derrière la symphyse.

Il se produit là en effet des tractus fibreux d'une grande résistance. Ces tractus unissent les deux pubis de telle façon qu'il est absolument impossible d'obtenir un écartement suffisant des deux os. Il est rare en effet que l'écartement spontané dépasse un centimètre.

Cette difficulté fut rencontré en 1893 par M. Budin, qui, dans une séance de la société d'obstétrique de Paris en décembre 1894, s'exprimait ainsi à propos d'une communication de M. Guéniot, qui signalait ce fait :

« Je regrette que M. Bonnaire ne soit pas présent à cette séance car il pourrait apporter un exemple analogue : Une femme symphyséotomisée une première fois, revint à terme à la Charité, et je fis pratiquer devant moi la symphyséotomie par M. Bonnaire. Ce fut une opération à blanc : il ne s'écoula pas une cuillerée de sang. Quand on voulut éloigner les pubis l'un de l'autre, on ne put

10. Obs. 4, IX, XXII, XXIII, XXVI.

obtenir qu'un écartement de 3 à 4 centimètres. Cela tenait à ce que derrière les os il s'était formé une plaque épaisse de tissu fibreux extrêmement résistant, qu'il aurait fallu sectionner. Mais l'écartement était suffisant pour permettre à la tête de passer, mais avec une application oblique ». (*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, décembre 1894).

Depuis, ce fait fut constaté par beaucoup d'opérateurs (obs. V, VI, VII, XI, XIV, XIX, XXII, XXIII, XVI).

Il faut donc, pour obtenir l'écartement sectionner ce pont fibreux et c'est là un des temps les plus délicats de l'opération. A ce tissu cicatriciel, en effet, adhérent les tissus et les organes situés en arrière.

Sur une femme qui n'a pas été symphyséotomisée, rien n'est plus facile que d'introduire, dans le tissu cellulaire qui tapisse cette région un doigt de la main gauche, qui écarte tous les organes avoisinants et vient passer derrière et au-dessous de la symphyse, protégeant ces organes si bien que la section de la symphyse, opérée sur le doigt est absolument dépourvue de danger. Ici, rien d'analogue ; il est très difficile, et souvent impossible de se frayer un chemin le long de la paroi postérieure de la symphyse ; la vessie adhère ; les vaisseaux du plexus de Santorini, sont tous inclus dans un tissu cicatriciel qui les immobilise, et rend faciles les déchirures ; les tissus cicatriciels vestibulaires, qui eux-mêmes ont perdu toute mobilité, ne demandent qu'à s'effriter pour ainsi dire, et à saigner en nappe. L'urèthre, mobile auparavant dans sa gouttière est devenu adhérent, immobile ; les tissus ont perdu toute élasticité. Obs. V, VI, VII, IX,

XIV, XV, XI, XIX, XXII, XXIII, XXVI, XXVII.

Il faut donc agir avec une très grande prudence, car la situation est dangereuse. Il s'est même présenté des cas où l'adhérence de la vessie était si intime que le chirurgien recula devant les dangers d'une incision intempestive. Si l'on consulte les observations VII et IX on y voit que les adhérences vésicales sont telles qu'il devient dangereux de pousser trop loin l'écartement, et que l'on craint de rompre la vessie. Le résultat de l'opération ne peut être obtenu dans un cas qu'en faisant une version, dans l'autre en disséquant avec soin la face postérieure du pubis ; mais c'est là évidemment une circonstance fâcheuse, dont l'enfant ne peut que souffrir, puisque cette dissection attentive prolonge la durée de l'opération et par cela même celle du travail.

Aussitôt que ces tractus sont sectionnés l'écartement se produit. « Il est nécessaire, dit M. Pinard, de sectionner tous les tissus fibreux de nature cicatricielle pour obtenir l'écartement nécessaire ». Cet écartement peut d'ailleurs être porté artificiellement aussi loin que la première fois. Il ne semble pas, cependant, que la première opération ait rendu les articulations sacro-iliaques plus mobiles : on ne trouve d'ailleurs mention dans aucune observation de cette mobilité plus grande.

Voici pour les adhérences postérieures ; mais ce ne sont pas elles qui compliquent le plus souvent l'opération ; se sont surtout les adhérences inférieures. Tout ce tissu cicatriciel, parcouru par des vaisseaux importants, artères et les veines vésicales antérieures, dorsales, cavernueuses, uréthrales, forme un lacis compact, et friable,

au moment de l'écartement, il se déchire, causant ainsi une hémorrhagie abondante. C'est ainsi que dans l'observation XVIII nous voyons que M. Pinard s'est trouvé en présence d'une abondante hémorrhagie, due à la rupture de quatre branches importantes des artères vésicales antérieures; si bien qu'il vit là une contre-indication à la répétition de l'opération chez cette femme à laquelle il se promit de faire la gastro-hystérotomie suivie d'hystérotomie si elle redevenait enceinte. Il ligatura d'ailleurs ces artères et fit un tamponnement très serré qu'il laissa pendant toute l'extraction.

Dans notre observation personnelle, (1) ce fut une hémorrhagie veineuse abondante en nappe qui se produisit, par suite de la rupture des tissus cicatriciels vestibulaires. Cette rupture, bien que n'ayant pas intéressé de gros vaisseaux causa pourtant une perte de sang notable ce qui s'explique assez facilement par la turgescence de tous les vaisseaux de cette région pendant le travail. On ne put faire de ligature, car les tissus, trop friables se rompaient; on dut mettre deux pincés à mors larges, en forme de cœur, qu'on laissa à demeure dans le pansement. Dans ces cas, M. Pinard est plutôt d'avis de faire un tamponnement serré, qui lui a plusieurs fois très bien réussi. (Obs. XVIII, XIX, XXII, XXVI.)

Ce danger d'hémorrhagie, qui n'est pas du reste spécial à une deuxième opération, n'est pas tel qu'il amène à redouter l'intervention. Il doit être pourtant rangé parmi les mauvaises chances de l'opération, car il est des cas

1. Obs. XXVI.

où il est impossible de prévoir à quel moment de l'écartement on risque la rupture des vaisseaux, et cette rupture se produisant pendant l'extraction deviendrait une cause sérieuse de retard, pouvant de plus se compliquer d'une chance de compression cérébrale pour le fœtus.

Une autre conséquence de l'adhérence cicatricielle, c'est la facilité avec laquelle se produisent les plaies communicantes, allant du fond de la plaie dans le vagin, (obs. XXIII, XXVI). Dans les deux cas cités dans les observations que nous avons recueillies, elles se sont produites après l'écartement des pubis, pendant l'expulsion. Ici, une cause nouvelle vient en aide. Sans doute, la distension des tissus, qui ne peuvent glisser, est extrême, mais il faut compter aussi avec la compression que ces tissus vont subir entre le crâne du fœtus et les deux extrémités des pubis, qui sont, naturellement, taillées à angle droit. Si ce n'est pas là la seule cause de ces plaies communicantes ce doit en être une cause fréquente. (Obs. XIV, XVII, XX, XXIII, XXVI).

Ces dernières n'ont en elles-mêmes aucune gravité ; elles se réunissent par première intention le plus souvent, pourtant elles n'en sont pas moins un danger d'infection pour l'utérus. En effet, que la pluie symphysienne vienne à suppurer, soit que la femme, trop curieuse ait voulu voir ce qu'on lui avait fait (comme l'a vu une fois M. Pinard, chez une femme, qui, du reste en mourut), soit pour toute autre cause, le pus aura tendance à se répandre dans le vagin par cette boutonnière, et de là à infecter l'utérus, le chemin est vite parcouru. M. Guéniot fait remarquer, à ce sujet, que lorsque la dilatation n'est pas complète,

comme cela se produit chez les rétrécies, le segment inférieur peut être entraîné pendant les tractions, et former un bourrelet protecteur. Ces plaies ne sont du reste pas les seuls méfaits de la compression. L'urèthre, en effet, qui était mobile lors de la première opération ne l'est plus : il ne peut passe dérober à la pression et au tiraillement, il est contusionné, décollé, souvent même rompu.

Reportons-nous en effet aux observations XIII-XIV. Nous voyons que, outre la boutonnière, il s'est produit un décollement de l'urèthre, si bien que celui-ci doit être recherché avec une sonde. On le retrouve, contusionné, et on voit une déchirure d'un centimètre au-dessus de lui. Une des malades a de plus une fistule vésico-vaginale dans laquelle on peut faire pénétrer la pulpe de l'index (XXIII).

Toutes les difficultés et tous les accidents que nous venons de constater proviennent donc de l'adhérence des tissus cicatriciels rétro-symphysiens à la cicatrice symphysienne. M. Bar a cherché à tourner cette difficulté. Dans une symphyséotomie qu'il fit dans ces conditions, il attaqua la bride fibreuse immédiatement au ras d'un des pubis, et sectionna les filaments qui la rattachaient à la face postérieure de l'os. Il arriva de suite sur un tissu cellulaire lâche qui permit le glissement. Il lui sembla qu'en agissant ainsi les risques de la déchirure de la vessie et de l'urèthre, étaient moins grands, car des organes restent accolés à la bride fibreuse et sont reportés avec elle sur le côté (Obstétrique. Paris, 1899) (Obs. XV).

Nous ne considérons pas comme des conséquences de

la répétition de la symphyséotomie les deux cas de rupture du vagin et de débridement du col utérin qui se produisirent dans deux des observations relatées.

Telles sont donc les difficultés opératoires particulières à la répétition de la symphyséotomie chez une même femme : dureté plus grande du tissu cicatriciel, tractus fibreux postérieurs très solides, adhérences multiples de la vessie, de l'urèthre, friabilité des tissus cicatriciels vestibulaires, risques de déchirures de la vessie, de l'urèthre, risques d'hémorragie, de contusion de l'urèthre. Tous ces accidents sont particuliers à la seconde intervention, mais sont en somme assez rares pour que M. Pinnard ait pu dire : « En pratiquant la symphyséotomie pour la deuxième fois chez la même femme, j'ai pu voir que si l'opération n'est pas plus difficile, il est cependant nécessaire de sectionner tous les tissus fibreux de nature cicatricielle pour obtenir l'écartement nécessaire ».

D'ailleurs le conseil de M. Bar peut être suivi avec fruit et éviter des complications.

Du reste, il faut remarquer que dans 12 observations sur les 26 que nous avons citées, il n'y a pas eu de difficulté sérieuse à signaler.

Les escharres sacrées, qui se produisirent, et dûes, d'après M. Segond, à des tiraillements du plexus sacré, ne sont pas particulières aux secondes interventions, et se rencontrent dans les premières

SUITES IMMÉDIATES

De toutes les observations que nous avons eues entre les mains il semble résulter que malgré toutes ces difficultés, les suites immédiates dans la plupart des cas, ont été heureuses, et n'ont différé en rien de celles qui suivent une première symphyséotomie. L'enfant a vécu dans tous les cas sauf deux, (obs. III et XXV), dans lesquels la mort semble résulter plutôt des circonstances particulières de l'accouchement proprement dit. Dans l'un des cas (obs. III), il y avait procidence du cordon. Dans le second (obs. XXV) la femme était arrivée à l'hôpital étant depuis longtemps en travail, et l'enfant avait déjà souffert, il aurait succombé à la longueur du travail. Du reste on entendait encore, mais faiblement, les battements du cœur au commencement de l'opération.

En ce qui regarde la mère l'incontinence d'urine ne fut pas plus marquée. Les suites de couches furent presque toujours normales et la réparation de la plaie se fit tout aussi vite.

C'est à peine si dans deux cas les douleurs furent très vives au niveau de la symphyse.

Dans l'observation XXIII les suites furent plus spécialement pathologiques, à cause de la contusion de l'urèthre, de la fistule vésico-vaginale, de l'escharre sacrée qui

s'en suivit, résultant de la perte des urines. D'ailleurs tous ces symptômes s'amendèrent, et la malade guérit à peu près dans le même temps que les autres.

Dans l'observation XXIV la mort fut causée par une infection grippale ayant déterminé de l'œdème de la glotte et des abcès du larynx.

On peut dire de la mortalité qu'elle est nulle, surtout si l'on considère que le décès survenu dans l'observation XII fut dû à une grippe, causant des abcès du larynx et de l'œdème de la glotte.

SUITES TARDIVES

Telles sont les suites immédiates. Que sont donc les suites tardives ? Et d'abord, comment se fait la réparation de la symphyse ? Voici ce que M. Pinard en dit dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* (1896) : « Nous avons eu cette année cinq femmes chez qui nous avons pratiqué antérieurement l'agrandissement du bassin (4 fois par symphyséotomie et une fois par ischiopubiotomie) et qui, redevenues enceintes sont venues accoucher dans le service.

« Trois ont été symphyséotomisées à nouveau, et par les mêmes opérateurs que la première fois : c'est ainsi que Varnier, Lepage et moi avons pratiqué cette année une deuxième symphyséotomie chez la même femme (obs. 313, 315, 1080).

Pendant la grossesse, aucun relâchement de ces trois bassins ne fut constaté. Si la section de la symphyse ne s'opère plus dans les mêmes conditions que dans une première symphyséotomie, ainsi que je vous l'avais déjà fait remarquer l'année dernière, les difficultés ne sont pas difficiles à vaincre. Et après une deuxième symphyséotomie la consolidation du bassin se fait aussi bien qu'après une première. Vous pouvez le constater par vous-même car

ces trois femmes sont revenues ce matin et vous les avez vues tout à l'heure monter sur une chaise et sauter à pieds joints sans la moindre difficulté.

« En résumé, au point de vue de la solidité du bassin, lors de grossesses ultérieures, après une première symphyséotomie, et au point de vue de la consolidation après une 2^e symphyséotomie, ce que j'ai observé chez sept femmes me permet de dire que la question est jugée : il n'y a rien à redouter ; la validité du bassin n'est nullement compromise par des grossesses ultérieures ou des symphyséotomies répétées ».

En effet dans toutes les observations on remarque que toutes les femmes ont marché à peu près dans les mêmes délais que la première fois. Dans une observation de M. Varnier (obs. XX) le malade a marché le 14^e jour.

Nous allons voir comment se fait cette réparation. Dans la plupart de ces cas on n'a pas trouvé que l'écartement ait été plus considérable.

Des radiographies faites à ce sujet donnent les résultats suivants : En général après, une première symphyséotomie, l'augmentation est de 2 millimètres. L'écartement normal étant de 3 à 9 millimètres, chiffres extrêmes cela fait donc 5 à 11 après une première opération.

Sur deux bassins symphyséotomisés deux fois on a trouvé 4 millimètres pour l'un et 12 pour l'autre. Sur un bassin incisé trois fois on a trouvé 17 millimètres. Après deux ou trois incisions l'écartement peut ne pas dépasser 11 à 12 millimètres. Il y a donc peu d'écart ; c'est du reste le cas le plus fréquent, et alors il ne s'ensuit aucun trouble. Il n'en est cependant pas toujours ainsi. On a

trouvé des chiffres beaucoup plus considérables : 19, 25, et même 40 millimètres. Cet écartement xagéré devient alors une gêne parfois même une infirmité. Dans plusieurs observations (1) nous voyons les opérées éprouver de sérieuses difficultés pour marcher. L'une d'elles était absolument infirme quand on l'examina trois mois après la seconde opération. L'autre ne peut sans peine vaquer à ses occupations. Les pubis chevauchent l'un sur l'autre, et quand elles portent le poids de leur corps d'une jambe sur l'autre il se produit un déplacement très appréciable au toucher. Il s'ensuit une claudication fatigante. Ce sont là des cas extrêmes : le plus souvent « la femme n'est pas infirme, mais elle est gênée, et a un certain déhanchement » (Bar. Obstétrique, Paris 1899).

D'ailleurs un écartement considérable ne provoque pas forcément de troubles importants. Si le tissu fibrocartilagineux est suffisamment dur, il n'y a aucune gêne appréciable, surtout quand il est consolidé par de solides productions fibreuses. Il se peut pourtant que cet écartement soit favorable aux accouchements postérieurs, surtout dans les bassins limite comme nous l'avons vu plus haut.

Au nombre des suites dues à la consolidation plus ou moins parfaite du bassin on peut placer ces douleurs très vives, ressenties dans la symphyse et dans les articulations sacro-iliaques et qui sont souvent très persistantes (2).

D'ailleurs toutes ces mauvaises consolidations ne sont

(1) Obs. XI, XV, XVIII.

(2) Obs. XXVI.

pas absolument particulières à la symphyséotomie répétée. On les trouve aussi fréquemment dans les autres et elles y sont aussi marquées.

Il en est de même de l'incontinence d'urine. On la rencontre dans les mêmes conditions ; et dans les cas où elle est rebelle elle est souvent indirectement causée par l'opération et plutôt occasionnée par une autre suite fâcheuse de la symphyséotomie répétée : le prolapsus.

Tous les auteurs ont rapporté cette tendance au prolapsus. Nous l'avons vue aussi chez la femme que nous avons observée. M. Bar rapporte plusieurs cas de femmes symphyséotomisées deux fois, qui la première fois eurent une tendance au prolapsus, et chez lesquelles, la seconde fois, ce prolapsus s'accentua.

Plusieurs de ces prolapsus furent opérés depuis, avec succès d'ailleurs, à part l'un deux, qui s'était produit chez une phthisique ; la malade était trop faible pour qu'on pût tenter l'hystéropexie. Il faut remarquer cependant que le fait n'est relaté que dans quatre de nos observations sur 26 (I, IX, XV, XXVI).

Une fistule vésico-vaginale qui s'était produite dans l'observation XXVIII fut facilement guérie par quelques points de suture.

INDICATIONS

Il résulte donc de tout ceci que l'opération de la symphyséotomie répétée deux ou trois fois chez les mêmes femmes n'amène pas de nouveaux désordres dans le plus grand nombre de cas.

Si les difficultés opératoires sont plus considérables, elles ne sont pourtant pas insurmontables, et c'est surtout la prudence qu'elles réclament et la douceur.

La femme en trouve autant d'avantages qu'après une première intervention, et ne court en somme que des mauvaises chances très minimales et qui consistent plutôt en des difficultés plus grandes pour l'opérateur, qu'en des dangers considérables pour l'opérée.

Il nous semble donc qu'en général on ne doit pas s'effrayer de la perspective d'avoir à recommencer cette opération, chez une femme déjà opérée et qui est de nouveau enceinte, du moins dans la pratique hospitalière.

Et d'ailleurs n'y a-t-il pas avantage à attendre le terme chez ces femmes ?

Surtout chez celles qui ont un bassin limite. On ne risque en effet que les quelques mauvaises chances de l'opération, et au contraire on se réserve cette bonne chance de pouvoir avoir un accouchement spontané,

comme le cas s'est présenté souvent, terminaison qu'il est impossible de prévoir.

Et de plus, si cette opération fait en somme courir peu de risques à la mère, elle a pour l'enfant un avantage considérable sur l'accouchement prématuré provoqué. Avec la symphyséotomie en effet, l'enfant se souffre pas, et naît dans de meilleures conditions que l'enfant de 8 mois. Il a moins de chances de mortalité.

Cela veut-il dire qu'il n'y ait pas des cas où l'opération soit complètement contre-indiquée ?

Evidemment non. Nous avons trouvé en effet une observation dans laquelle les accidents dûs aux adhérences, rupture des artères vésicales antérieures, avaient fait dire à M. Pinard qu'il voyait là une contre-indication à une nouvelle opération.

De même, dans tous les autres cas où la vessie est adhérente, il serait imprudent de tenter une nouvelle intervention. Mais ces remarques s'appliquent plutôt à une troisième ou quatrième opération, qu'à une seconde ; car en somme, après une première, on ne sait pas quel est l'état de la cicatrice rétro-symphysienne.

Nos moyens d'investigations ne nous permettent pas d'apprécier ce point.

M. Budin, pense que plus la symphyse est mobile, plus il y a de chances que l'on puisse trouver des adhérences moins serrées, mais, n'est-ce pas là une contre-indication de l'opération ? Car cette mobilité elle-même, prouve qu'il ne s'est pas fait une réunion suffisamment intime, et on a vu que dans ces cas la marche est plus difficile. Y a-t-il donc lieu alors de pratiquer une nouvelle

section qui rendra la marche et les mouvements encore moins faciles ?

C'est là que se pose la question de l'opération césarienne, suivie ou non d'hystérectomie.

Nous n'avons pas une compétence suffisante pour essayer de trancher la question. Tout ce que nous pouvons tenter, c'est de montrer quels sont les dangers et les difficultés, particuliers de l'opération de la symphyséotomie pratiquée plusieurs fois chez la même femme, dangers et difficultés qui, nous devons l'avouer, ne nous semblent pas suffisants pour faire rejeter de parti pris cette opération non pas dans la pratique courante où de telles surprises pourraient embarrasser beaucoup les praticiens, mais dans les hôpitaux, où les accoucheurs mieux outillés et secondés sont plus à même de surmonter ces difficultés.

D'autres contre-indications absolues, existent qui sont : le mauvais résultat obtenu dans une première symphyséotomie, soit que l'on ait méconnu une viciation ovalaire du bassin, soit que l'écartement n'ait pu se produire pour toute autre raison ; enfin, certains états pathologiques, tels que le diabète par exemple, et dans un autre ordre d'idée toutes les infections ; mais ce sont là des contre-indications générales, qui sont aussi bien applicables à une première opération.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois avec succès sur une femme de la Haye par Damen en 1785 (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, 1787).

Damen opéra une première fois en 1783 une dame Stols ; il lui fit la section de la symphyse, sur le conseil de Camper. L'opération marcha très bien et les suites en furent heureuses. La malade ne ressentit aucune gêne.

En 1785, il fut appelé de nouveau et voici le récit qu'il fait de la seconde symphyséotomie qu'il exécuta alors.

La division de la symphyse fut plus difficile à faire que la première fois, et fut suivie d'accidents qui menacèrent la vie de la malade, mais que M. Damen regarda comme indépendants de l'opération.

M. Damen fut appelé auprès de cette dame à dix heures du matin. L'orifice de la matrice était alors très dilaté, mais la tête de l'enfant était si haute qu'il ne put la sentir par le toucher. Toutefois le succès de la première opération et l'opinion où il était sur l'impossibilité que l'enfant passât vivant à travers le bassin de la mère, le déterminèrent à avoir sur le champ recours à la section de la symphyse du pubis, sans attendre que le travail fût plus avancé. Il fut appuyé dans sa résolution par les D^{rs} Jorissen, Van de Laar,

qui l'assistèrent dans cette occasion, et qui après avoir examiné le bassin, furent d'avis qu'il n'était point du tout élargi par la première opération, et que la section était le seul moyen par lequel la vie de l'enfant pût être sauvée.

En *coupant à travers la symphyse*, M. Damen *rencontra une plus grande difficulté que la première fois, le cartilage paraissant être plus dur*, mais aussitôt que la division fût achevée, les os du pubis s'écartèrent assez pour permettre de placer deux doigts entre eux. L'enfant, qui était une fille fut retournée et amenée par les pieds comme dans la première opération. La circonférence de la tête était de 14 pouces ; elle mourut cinq semaines après la naissance.

Le soir même du jour de l'opération, la malade pouvait rendre les urines à volonté. Elle fut bien jusqu'au troisième jour ; alors elle éprouva des symptômes d'inflammation du péritoine, tels que tension, douleur dans le ventre, vomissement et fièvre, auxquels se joignirent ensuite le hoquet et une suppression du lait et des lochies.

Cependant les douleurs cédèrent aux évacuations et autres remèdes convenables, et le sixième jour elle commença à aller bien.

On essaya d'appliquer la même ceinture qui avait été employée après la première opération, mais la malade refusa de permettre qu'on la laissât, de sorte qu'elle était sans aucun bandage, ce qui, toutefois n'empêcha pas la réunion des os du pubis, qui fut si complète à la fin de la troisième semaine que la malade était en état de marcher.

En juin 1786 elle fut examinée à la Haye par le professeur Camper et le Dr Van de Laar, qui trouvèrent la réunion des os parfaite.

La malade pouvait se tenir debout ou sur l'une ou sur l'autre de ses deux jambes sans inconvénient, et elle marcha depuis chez elle jusque chez M. Damen, ce qui fait la distance d'environ un mille et demi. A l'intérieur de la symphyse, ils sentirent une partie enfoncée très légèrement, dans laquelle le cartilage ou calus n'avait point complètement rempli l'intervalle. Extérieurement la cicatrice n'était point visible, et on n'observait du côté de l'urètre aucune chose contre nature.

La malade n'avait point eu d'incontinence d'urine après la seconde opération ; elle en était entièrement exempte lorsqu'on fit cet examen. Elle n'éprouvait aucune incommodité en allant à la garde-robe, mais elle avait un léger prolapsus du vagin. Les règles avaient paru régulièrement. La hernie ayant été négligée, remplissait le pudendum du côté droit, mais elle fut aisément réduite ».

OBSERVATION II

Sur une opération de la symphyse, pratiquée avec succès, pour la mère et pour l'enfant, chez une femme dont le bassin ne présentait qu'environ deux pouces un quart dans son diamètre sous-pubien.

M.-F... L..., scrofuleux, déviation de la colonne vertébrale. III pare. Premier accouchement à 7 mois. Craniotomie et version.

Second accouchement, le 9 juillet 1808 à la Maternité. Symphyséotomie par Dubois, en présence de Baudelocque qui avait primitivement opiné pour l'opération césarienne. Enfant

mort, par suite de la rupture très précoce des membranes, et des difficultés d'extraction.

Troisième accouchement le 24 octobre 1809. Vers midi elle est amenée au Collège des Etudiants.

A huit heures du soir, peu de douleurs et peu de dilatation.

Le 25 octobre. — Orifice plus souple à 8 heures du matin.

A 1 heure de l'après-midi. Stationnaire.

A 9 heures du soir, syncope. On pratique la symphyséotomie.

Incision des téguments et de la symphyse avec un bistouri ordinaire, sans difficulté; écartement spontané de plus d'un pouce et demi.

Forceps, et extraction assez faciles.

L'enfant est en état de mort apparente. Puis il respire et crie quelques minutes après. Le lendemain il paraît très « vivant ».

Bandage de corps.

Suites de couches pathologiques.

Le lendemain, cuisson, lymphangite, puis péritonite.

Au 5^e jour, les symptômes s'amendent.

Le 8 jour, disparition des douleurs, il persiste du gonflement des grandes lèvres.

Le 16^e jour, cystite très douloureuse qui ne disparut que quelques semaines après l'accouchement.

Cinq semaines après l'opération, la femme se lève, marche d'abord difficilement, mais sans claudication. Elle ne souffrit jamais ni des hanches ni du sacrum.

Dans la suite, elle souffrit au niveau de la symphyse, mais surtout quand elle expulsait des calculs vésicaux. (Bulletin des sciences médicales, 4^e année, t. 5, février 1810).

OBSERVATION III

Vermandois. *Journal de médecine*, t. 19-22.

Femme M..., opéré par Vermandois (de Bourg) la première fois, le 4 août 1808, la deuxième fois le 10 avril 1811. (Th. de Desforges 1892, Paris).

Premier accouchement 6 juin 1806. On essaye le tire-tête et le forceps après avoir percé le crâne. Version et crochet. Enfant mort.

Deuxième accouchement 4 août 1808. Première symphyséotomie. La femme est en travail depuis la veille, un pied dans le vagin.

Incision cutané après avoir mis une sonde dans l'urèthre, on sectionne le cartilage. Ecartement de deux centimètres, qu'il mène jusqu'à quatre. Forceps sur tête dernière, cinq centimètres d'écartement.

Enfant mort : fracture de la région temporale. Bassin de 2 pouces 6 lignes (6 c. 7).

Ceinture. Plaie cicatrisée du 15^e au 20^e jour. Fonction urinaire normale, pas d'incontinence.

Deuxième accouchement 10 avril 1811.

Deuxième symphyséotomie. Vermandois rompt la poche des eaux et s'assure que l'enfant se présente par la face. Il fait une nouvelle symphyséotomie. La section assez facile donne un écartement spontané de 1 cent. et demi. La version est plus longue et plus pénible.

Procidence du cordon, dont les battements vont en s'affaiblissant. Application du forceps sur la tête dernière. Enfant mort.

La plaie se guérit rapidement, sans accidents.

La femme se rétablit complètement, sans garder aucun trouble fonctionnel Vermandois termine en discutant les avantages du forceps associé à la symphyséotomie. (1)

OBSERVATION IV

Symphyséotomie pratiquée pour la deuxième fois le 19 mai 1894.
(Pinard *Annales gynéc.* 1895).

La nommée Fernande R..., âgée de 28 ans journalière, entre à la salle de travail le 19 mai 1894 à 9 heures et demie du soir, ayant des douleurs très fréquentes. Dernières règles du 12 au 20 août.

Cette femme présente de nombreuses traces de rachitisme, parenthèse fémorale très accusée. Elle est V pare.

Premier accouchement à terme en 1886.

Embryotomie à la clinique de la rue d'Assas.

Deuxième accouchement provoqué et prématuré à 8 mois en 1889, à Lariboisière ; fille morte quelques heures après l'accouchement.

Troisième accouchement : basiotripsie faite à Tenon par M. Wallich, le 9 novembre 1890.

Quatrième accouchement : provoqué et prématuré. Symphyséotomie à Beaudelocque en 1892, au terme de 8 mois, Enfant de 2.180 gr. mort deux jours après la naissance.

Accouchement actuel.

Deuxième symphyséotomie. Diamètre promonto-sous-pubien 98 mm.

L'engagement n'est pas effectué.

1. *Journal de médecine, chirurgie. pharmacie*, 1810-1811.

Par le palper, on trouve la tête en bas, élevée, le dos à gauche, bruits du cœur normaux. Au toucher on sent une poche des eaux assez volumineuse qui remplit en partie le vagin. La dilatation est de plus de 5 francs ; bords dilatables.

M. Pinard pratique le symphyséotomie. A 11 h. 5 soir, incision de la peau 11 h. 9. Section de la symphyse. 11 h. 29. Ecartement spontané de 4 c. et demi. Bruits du cœur fœtal un peu modifiés à 11 h. 33. Application du forceps en G. I. Introduction de la première branche à 11 h. 45. Aussi-tôt après la rupture des membranes. A 11 h. 43 deuxième branche. Ecartement de 4 cent. pendant la descente de la tête. Extraction à 11 h. 45 d'un garçon vivant pesant 2.810 gr. Délivrance quinze minutes après. Suture par trois points et quatre superficiels.

Suites de couches normales.

Le 9 juin. — Plaie parfaite, la malade se lève et marche avec la plus grande facilité. L'enfant pèse à sa sortie 3.460 grammes.

OBSERVATION V

Symphyséotomie pratiquée pour la deuxième fois chez la même femme par M. Varnier à la clinique Baudelocque le 25 février 1895.

C..., III pare. Diamètre promonto-sous-pubien, 92 millim. Bassin rachitique annelé. Taille 1 m. 49.

1^{re} grossesse. A terme. Basiotripsie. 2^e grossesse, à terme. Symphyséotomie en septembre 1892. Enfant vivant, 3.200 gram.

Grossesse actuelle. — La femme est en travail. Quand la

dilatation est complète, on pratique la symphyséotomie. La tête est en bas, non engagée, le dos à gauche. On incise la peau dans l'ancienne cicatrice. La symphyse baille dès qu'on a incisé le manchon fibreux présymphysien, et *l'écartement se complète après section du tissu fibreux rétro-symphysien*. (Ecartement provoqué, 65 millim.).

Après rupture artificielle des membranes on fait un essai infructueux avec le forceps, et M. Varnier pratique la version, et extrait un enfant vivant de 3.260 grammes.

L'enfant présente un enfoncement produit par le promontoire en avant de la bosse pariétale gauche, enfoncement qui a disparu le 5^e jour.

Suites de couches légèrement pathologiques. Phlébite du membre inférieur gauche. Plaie parfaite.

La malade sort complètement guérie le 12 mai.

Revue en parfait état avec ses deux enfants le 9 décembre 1895.

OBSERVATION VI

Symphyséotomie pratiquée pour la deuxième fois sur la même femme par M. Lepage à la clinique Baudelocque le 25 février 1895.

B..., 38 ans, III pare, de petite taille; jambes très incurvées, la convexité est externe. Bassin aplati. Diamètre promonto sous-pubien, 93 millim.

1^e grossesse. Gemellaire. Accouchement provoqué. Version par manœuvres internes. Enfants morts.

2^e grossesse. A terme. Symphyséotomie. Enfant vivant de 3.730 gram.

Grossesse actuelle. — A terme. Tête en bas, dos à droite.

Après dilatation complète, on rompt les membranes. La suture sagittale est derrière la symphyse pubienne, on pratique la symphyséotomie. Section du *tissu fibreux existant à la partie supérieure et inférieure de la symphyse*. Il existe un écartement normal d'environ 1/2 centimètre dans l'attitude obstétricale.

Ecartement provoqué de 6 centimètres. Application de forceps sur le sommet situé en droite transversale. Extraction d'un enfant vivant, pesant 3.660 grammes. Bi-pariétal, 103 millim.

Suites de couches normales. Guérison complète, et sortie de la femme et de l'enfant en parfaite santé le 28 mars 1895.

Revue en parfait état le 9 décembre 1895.

OBSERVATION VII

Symphyséotomie pratiquée le 2 juillet 1895 pour la seconde fois sur la même femme par M. Pinard.

P..., 33 ans, VII pare.

A marché à 1 an. Squelette petit. Incurvation des tibias. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien 90 millim.

1^{re} grossesse : A terme. Siège, forceps tête dernière, enfant mort.

2^e grossesse : Accouchement provoqué à 8 mois 1/2. Enfant mort 4 jours après.

3^e grossesse : Accouchement à terme. Siège. Fœtus mort pendant le travail.

4^e grossesse : Accouchement à terme. Siège. Enfant mort et macéré.

5^e grossesse : Accouchement à terme. Siège. Enfant mort.

6^e grossesse : Symphyséotomie à la clinique Baudelocque, après deux applications de forceps en ville. Enfant mort quelques heures après (14 fractures du crâne).

Grossesse actuelle : Présentation de l'épaule droite en dorso-antérieure. La tête est facilement ramenée. Ceinture entocique.

Au moment de la symphyséotomie à la dilatation complète, la tête est en bas, mal fléchie, dos à droite

Après section de la symphyse les deux pubis sont écartés normalement d'environ 1/2 centimètre. L'incision postérieure est rendue difficile par les adhérences de l'opération précédente, *car il existe une union intime entre les tissus fibreux postérieurs, la vessie et le vagin en bas*. Ecartement provoqué de 4 centim. et demi. Application de forceps en droite transversale qui défléchit la tête.

Version par manœuvres internes. Enfant vivant de 3160 gr.

Délivrance artificielle. Après l'opération on constate qu'il existe un *arrachement de l'attache du vagin à l'utérus* sur une surface d'environ 4 centimètres à gauche et en arrière. Rien à l'utérus ni à la vessie. Tamponnement et bandage compressifs.

Suites de couches légèrement pathologiques. La mère et l'enfant sortent bien portants le 1^{er} septembre.

Revus en parfait état le 9 décembre 1895.

OBSERVATION VIII

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur la même femme par M. Champetier de Ribes, à Tenon, le 7 février 1896.

Gab. D..., 36 ans. V pare. (Diamètre pr. sous-pubien 92.)

1^{re} grossesse : Accouchement spontané, enfant mort.

2° et 3° grossesses : Version, enfants morts.

4° grossesse : Symphyséotomie, enfant mort.

Grossesse actuelle, à terme. Après dilatation au ballon de Champetier, on applique le levier préhenseur-mensurateur de Farabeuf. On désarticule pour pincement du col et on recommence. L'enfant naît vivant.

Les suites sont bonnes.

La femme sort le 24^e jour en bon état.

OBSERVATION IX

Mong... rachitique. Secondipare. Diamètre pronontq-sous-pubien 9 cm. 5. Faux promontoire sacré. Symphyséotomie et version. Juil. 1896. (Thèse de Belloy, Paris, 1899).

La nommée Mong..., âgée de 30 ans, entre à la clinique d'accouchement de la rue d'Assas le 12 juillet 1896. Elle est enceinte pour la seconde fois et à terme, le travail est commencé.

Le premier accouchement a été terminé par une symphyséotomie le 29 oct. 1894.

Grossesse actuelle. — La dilatation du col ayant été parachevée avec le ballon de Champetier de Ribes, on fait la symphyséotomie. Incision sur la ligne médiane ; on arrive sur du *tissu cicatriciel assez dur en avant* de la symphyse en arrière on tombe sur une lame très résistante, sur du tissu cicatriciel dont la section offre des difficultés, car on craint de sectionner la vessie dont la face antérieure est immédiatement confondue avec cette lame fibreuse.

On libère la symphyse en *disséquant les attaches de la lame fibreuse à la face postérieure du pubis gauche* ; on applique le levier préhenseur mensurateur de Farabeuf, qui mar-

que 10.5; on fait de fortes tractions tandis que les aides portent les membres inférieurs en dehors; l'écartement de la symphyse n'excède pas 4 centimètres.

On hésite *hésite à la porter au delà par crainte de voir la vessie se déchirer*. La tête ne s'engage pas. On fait alors la version.

L'enfant pesant 3.900 grammes est facilement extrait; il naît en état de mort apparente et est vite ranimé. On ne fait pas la suture osseuse; la plaie cutanée est fermée par des crins de Florence. Pansement ouaté, bandage compressif.

Suites immédiates. — Au cours de la délivrance, on a observé une hémorrhagie utérine assez abondante qui est arrêtée par un tamponnement serré de l'utérus.

Pendant les jours qui suivent, on n'observa aucun incident infectieux. Au 8^e jour on enlève les fils: la plaie est en très bon état. Au 21^e jour la malade se lève pour la première fois.

Suites tardives. — Au 31^e jour, il n'existe plus la moindre douleur au niveau des symphyses sacro-iliaques et de la symphyse pubienne. Les deux os pubiens chevauchent l'un sur l'autre très nettement, mais sans qu'il existe d'écartement appréciable entre eux.

L'enfant part en nourrice le 31^e jour, il pesait alors 3965 grammes.

Revue le 25 avril 1899. La malade exerce la profession de couturière. Elle se fatigue peu et peut vaquer à ses occupations. En palpant la région prépubienne, on ne sent pas de dépression au niveau de la symphyse. Elle a un *abaissement très notable des parois vaginales antérieure et postérieure*. *L'utérus fait saillie à la vulve au moindre effort*. Quand on pra-

tique le toucher dans la région rétropubienne, on ne sent rien d'anormal. Diamètre promonto-sous-pubien 9 cm. 2. Quand la malade debout fléchit alternativement les jambes les os chevauchent beaucoup.

OBSERVATION X

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur la même femme par MM. Bar et Bonnaire à la Clinique Tarnier le 17 juillet 1896.

H..., VI pare. Bassin généralement rétréci.

Diamètre promonto sous-pubien : 92 mm.

1^e grossesse. Accouchement spontané à 8 mois. Enfant mort.

2^e grossesse. Accouchement spontané à 8 mois 1/2. Enfant vivant.

3^e grossesse. Accouchement spontané à 7 mois. Enfant vivant.

4^e grossesse. Accouchement à terme. Symphyséotomie. Enfant vivant.

5^e grossesse. Avortement.

Grossesse actuelle. La femme a des douleurs, mais la dilatation n'étant pas suffisante on pose le ballon de Champetier de Ribes.

On pratiqua la symphyséotomie qui ne présente rien d'anormal.

Le col utérin est bridé, et l'on pratique l'incision du bord latéral gauche du col. On pratique la version.

Enfant vivant 3.150.

La femme sort le 23^e jour, en très bon état, et marchant très bien.

OBSERVATION XI

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur la même femme
par M. Bar à la clinique Tarnier en juillet 1896.

B..., née M..., II pare. Bassin généralement rétréci (9,5).

1^{re} accouchement : symphyséotomie (à terme) en 1894.
Enfant vivant. Grossesse actuelle. A terme. Présentation du
sommet en Ol gt. Hydramnios.

On fait la dilatation avec le ballon de Champetier. Après
onction de la symphyse on trouve un *point fibreux très résis-*
tant. Il se produit une légère hémorrhagie utérine. On appli-
que le levier préhenseur mesurateur. Puis on pratique la
version et la manœuvre de Champetier de Ribes ; l'enfant
naît vivant et pèse 3 kg. 900.

Les os ne sont pas suturés.

Suites normales. *L'articulation sacro-iliaque gauche est*
douloureuse.

La femme sort le 29^e jour ; il existe un chevauchement du
pubis sans écartement.

OBSERVATION XII

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur la même femme
par M. Gillet à Nantes le 13 janvier 1897.

X..., II pare ; Diamètre promonto sous-pubien min. 7 c. 12
grossesse. Symphyséotomie. Enfant mort.

Grossesse actuelle. — A terme.

A son entrée (le 4 janvier) la malade a la voix couverte, et

la région laryngienne douloureuse ; elle a la grippe. Température 38°.

Le 13 janvier, — On pratique la symphyséotomie après application du ballon de Champetier.

L'opération se fait sans incident.

L'enfant naît vivant et pèse 3.200.

Pendant les heures qui suivent les douleurs laryngées augmentent ; bientôt la malade a du cornage, et elle meurt subitement 54 heures après l'opération.

Autopsie. — La plaie est parfaite, et les organes génitaux sains. *L'épiglotte et les replis sont œdématisés ; la glotte est obstruée. On voit sur les côtés du larynx des ulcérations et des abcès streptococciques.*

OBSERVATION XIII

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur la même femme par M. Boissard à la maternité le 9 mars 1897.

N° 545, 25 ans, II pare. — Bassin pseudo-ostéomalacique. (Diamètres p. s. pub. 8. 3).

1^{re} grossesse. Accouchement prématuré provoqué. Symphyséotomie, enfant vivant, meurt 12 jours après.

Grossesse actuelle. A 8 mois 1/2 présentation du siège en S L D T.

Rupture prématurée spontanée des membranes.

Symphyséotomie pratiquée sans incident.

Enfant vivant, entrainé par le siège.

La femme sort le 28^e jour en bon état.

OBSERVATION XIV

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur la même femme
par M. Maygrier à Lariboisière le 1^{er} juillet 1895.

E. S ..., 37 ans, VI pare. Bassin asymétrique. Toute la
partie droite est accessible.

1^{re}, 2^e et 3^e grossesses : Basiotripsie.

2^e grossesse : symphyséotomie, enfant vivant.

3^e grossesse : embryotomie.

Grossesse actuelle. — A terme. Présentation du sommet
en OLGA. On pratique la symphyséotomie.

Après section de la symphyse, l'écartement intra-pubien
reste insuffisant, *grâce à un plan fibreux, épais, urétro-*
symphysien. On incise plan et on applique le forceps, avec
lequel on est obligé de faire des tractions très énergiques.
L'enfant né vivant pèse 3.770. La délivrance est accompa-
gnée d'une hémorrhagie qui cède à des injections chaudes.

Au niveau du *vestibule, de chaque côté, il existe une*
large déchirure transversale, allant jusqu'aux petites lèvres
avec plaies communicantes.

L'urèthre est introuvable.

La nuit qui suit l'opération la femme est agitée et a des
syncopes. Le 2^e jour elle a du tympanisme. Il se produit de
l'incontinence d'urine qui persiste jusqu'à sa sortie (11^e jour).
Il y a un léger suintement au niveau d'un fil.

Elle se lève le 11^e jour et marche sans gêne. *Elle sort, et*
a de l'incontinence d'urine.

OBSERVATION XV

Symphyséotomie pratiquée pour la deuxième fois sur la même femme
à Saint-Antoine, le 19 septembre 1897.

D... IV pare.

1^{er} ac couchement provoqué à 6 mois. Enfant meurt après
8 heures.

2^e accouchement, Avortement.

3^e accouchement : Symphyséotomie par M. Bar, enfant
vivant.

Grossesse actuelle : Symphyséotomie 29 septembre 1897, à
terme. Bassin généralement rétréci. Diamètre P. S. P. 92 mm.

On débute avec le ballon de Champetier de Ribes, et on pra-
tique la symphyséotomie d'emblée. On fait la version et la
manœuvre de Mauriceau. L'enfant est à cheval sur le cordon.
La plaie symphysienne est peu large ; *large bride fibreuse*
qu'on décolle du pubis gauche.

Délivrance artificielle.

L'enfant qui pèse 3670 grammes vient en état de mort
apparente, est ranimé et se développe normalement.

A la suite de la délivrance artificielle, hémorrhagie abon-
dante. Tamponnement.

Suites tardives. La malade a *de l'incontinence d'urine et*
du déhanchement.

La malade quitte Saint-Antoine le 2 octobre 1897 en bon
état.

Revue en janvier 1899 ; on *constate un prolapsus utérin.*
Elle peut à peine marcher, et a de l'incontinence d'urine.

Il existe une bandelette fibreuse large, dépressible entre
le pubis.

OBSERVATION XVI

Symphyséotomie pratiquée pour la 2^e fois sur la même femme le 13 novembre 1897 à Saint-Antoine, par M. Bar (Obstétrique, Paris juillet 1899).

H..., VII pare, (obs. 16, tableau n° 2).

Deux fois symphyséotomisée déjà.

1^{er} accouchement. Version, embryotomie.

2^e accouchement provoqué à 8 mois. Enfant vivant.

3^e accouchement provoqué à 7 mois. Enfant vivant.

4^e Enfant meurt à 3 ans.

5^e accouchement à 7 mois.

6^e Enfant vivant, bien portant.

Diamètre promonto sous-pubien, 92 mm.

Grossesse actuelle. — Diamètre promonto-pubien minimum, 77.

Elle se présente à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine le 13 novembre 1897 ; elle était en état de travail ; la dilatation du col était presque complète, les membranes intactes, Symphyséotomie.

Une fois la plaie bourrée de gaze iodoformée, il sembla à M. Bar que la dilatation était complète.

Il rompit les membranes et fit la version sans difficulté ; le siège et les bras furent extraits, non sans attirer le col à l'orifice vulvaire. Au moment d'extraire la tête, le col resta rétracté autour du cou ; la résistance était si vive que les tractions sur le col ne faisaient qu'attirer le col hors de la vulve sans dégager la tête ; il *incisa les lèvres du col*. Cette incision, qui s'aggrandit vite, ne donna lieu à aucune hémorrhagie, et ne devint par la suite la cause d'aucune complication,

Enfant pesant 3370 gr., sorti en bon état.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XVII

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur la même femme par M. Porak à la Charité le 20 novembre 1897.

En..., 32 ans, III pare. Diamètre promonto sous-pubien 9,6.

1^{re} grossesse à terme, symphyséotomie, enfant vivant.

2^e grossesse à terme, accouchement spontané, enfant meurt le lendemain.

Grossesse actuelle à terme. La malade a de l'albumine dans ses urines. On pratique la symphyséotomie, et l'enfant est extrait vivant à l'aide du forceps.

Suites bonnes.

OBSERVATION XVIII

Symphyséotomie pratiquée le 7 décembre 1892 (M. Piard) puis le 20 février 1897 sur la même femme.

A... B..., 33 ans, III pare, verrière, entre au dortoir le 21 septembre 1897.

Cette femme a marché à 2 ans; toujours bien depuis. Premières règles à 18 ans, irrégulières. Fièvre typhoïde à 14 ans. Rhumatisme articulaire aigu à 23 ans.

La première grossesse s'est terminée le 3 octobre 1889, par un accouchement à terme (sommet). Forceps à la Maternité. Fille vivante élevée au biberon. Morte de convulsions le 23^e jour (avait les marques du forceps).

La deuxième s'est terminée le 6 octobre 1892 par un accou-

chement à terme. (Symphyséotomie pratiquée à la clinique Baudelocque).

Père différent pour la grossesse actuelle.

Grossesse actuelle.

Dernières règles du 20 au 24 février 1897.

Apparition des mouvements actifs le 10 juillet 1897. A travaillé jusqu'à 7 mois et demi de sa grossesse. A cette époque, elle vient à la consultation et, comme elle a un bassin rétréci et que sa *symphyse est mobile*, on la reçoit le 21 septembre 1897.

L'examen pratiqué à l'entrée, montre une présentation du siège, transformée spontanément le 6 novembre en une présentation de l'extrémité céphalique, en droite transversale. Le fœtus est vivant. L'auscultation a son maximum à droite au-dessous de l'ombilic. Par le toucher on trouve un diamètre promonto sous-pubien de 10 centimètres.

L'examen général montre que les membres inférieurs sont incurvés et le bosses frontales saillantes ; la peau, le cœur et le poumon sont normaux.

Il n'y a pas d'œdème ni de varices ; pas d'albumine dans les urines.

Le 7 décembre. — A 11 h. du matin, la femme ayant les premières douleurs depuis 9 heures, l'examen démontre que la tête est dans l'hypochondre droit et le siège à cheval sur l'aire du détroit supérieur et la fosse iliaque gauche. La version par manœuvres externes permet de ramener au niveau du détroit supérieur le dos à droite. A ce moment, la dilatation a le diamètre d'une pièce de 5 francs, les contractions douloureuses se répètent toutes les 3 ou 4 minutes. Les bruits du cœur sont bons, Ceinture entocique,

A 1 h. 50 du soir, la dilatation est complète. Mlle Noze rompt les membranes et réduit avec la main la procidence du cordon ; la tête se fixe. Malgré les efforts d'expulsion, la tête ne descend pas. M. Pinard décide de pratiquer la symphyséotomie.

Symphyséotomie (le 7 décembre 1897).

Chloroforme. Région opératoire et vagin soigneusement aseptisés. Incision de la peau sur une étendue de 5 cm. un peu à gauche de la première cicatrice. Les tissus inter-symphysiens sont sectionnés au bistouri sur le doigt. L'écartement est porté à 5 cm. seulement.

L'écarteur de Farabeuf n'est pas placé en raison *de la hernie de la vessie* entre les branches du pubis. A 5 h. 20, M. Pinard fait une application du forceps en G V. Pendant l'extraction qui est conduite lentement et sans efforts, M. Pagny repousse la lèvre antérieure du col qui bride, comme un croissant la branche du forceps. Malgré les précautions, *les tissus cicatriciels vestibulaires se déchirent et 4 branches importantes des artères vésicales antérieures soignent abondamment.*

Ligature de ces artères au catgut.

On s'assure de l'intégrité de la vessie et de *l'urèthre*. *Celui-ci complètement détaché du vestibule est suturé* par 6 points de catgut Suture de la plaie, pansement.

L'enfant né étonné est ranimé ; poids 3 gr. 95.

Suites. Actuellement cette femme va très bien. La température est normale, *les fonctions vésicales et intestinales sont régulières.*

L'état général est excellent.

OBSERVATION XIX

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur la même femme
par M. Lepage à Beaujon le 11 janvier 1898.

L..., 24 ans, II pare.

1^{re} accouchement : symphyséotomie.

Grossesse actuelle. — A terme, présentation du sommet
en ODP.

On pratique la symphyséotomie. La *plaie saigne abondamment*. Le sang joint à l'abondance du tissu cicatriciel rend assez difficile la recherche et la section de la symphyse.

Derrière la symphyse on se trouve en présence d'un *pont fibreux très résistant*.

Pendant l'expulsion le cordon est comprimé. L'enfant naît étonné. Il a produit une abondante hémorrhagie utérine. Suites bonnes.

La femme sort en très bon état.

OBSERVATION XX

Symphyséotomie pratiquée pour la troisième fois sur la même femme
par M. Varnier à la Clinique Beaudeloque 1^{er} avril 1898. (*Annales de gynécologie*, 1899).

H..., 26 ans, IV pare. Symphyséotomisée deux fois déjà
par M. Varnier en 1891 et 1895.

Bassin canaliculé. Dilatation complète; symphyséotomie.
Il se produit une *déchirure transversale des tissus situés au-dessus de l'urèthre*. Enfant en présentation du siège.

Extraction par les pieds. Fille vivante de 3.370 grammes.
Drainage à l'angle inférieure de la plaie.

Suites de couches normales. Cette femme se lève le 14^e jour et marche sans difficulté. Enfant bien portant à la sortie.

OBSERVATION XXI

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur la même femme, à la clinique Baudelocque par M. Funk Brentano, le 7 septembre 1898. (Fonctionnement de la Clinique 1898. *Annales de Gynécologie*, 1899. Thèse de Vanvotberghe, Paris 1900).

R... L..., 34 ans, IV pare.

1^{re} grossesse. Accouchement spontané, enfant meurt 24 heures après.

2^e grossesse. Accouchement spontané, enfant vivant, meurt de bronchite.

3^e grossesse. Symphyséotomie par M. Doléris, enfant vivant.

Grossesse actuelle. — Diamètre, P. s. P., 10 cm.

La dilatation est complète ; on pratique la symphyséotomie. Ecartement provoqué de 6 centimètres. On applique le forceps.

Enfant vivant pesant 3.540 grammes.

Suture et drainage.

Suites de couches normales. Seulement un peu de lymphangite du sein le 19^e jour. La mère et l'enfant sortent le 28^e jour en bon état.

OBSERVATION XXII

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur une même femme,
par M. Monte, à l'hôpital d'Imola, le 16 septembre 1898.
(Traduit du *Racoglitore medico*, 20 octobre 1900).

Giuseppa B., âgée de 27 ans. Antécédents pathologiques nuls.

Réglée à 15 ans. Régulièrement.

IV pare.

1^{er} accouchement à 2 mois.

2^e à terme. Symphyséotomie.

3^e accouchement prématuré, spontané à 7 mois. Enfant vivant.

Le 16 septembre 1898. — Entre avec des douleurs à l'hôpital d'Imola, et reste 2 semaines.

Taille 4 m. 42. Bien constituée, aucune trace de rachitisme.

Dim. P. de pul. 9,5. OIGA.

Après dilatation, la tête reste stationnaire.

L'incision cutanée saigne peu. *Difficultés à la section des tissus rétro-pubiens ; la cicatrice pubienne présente un cal dur osseux.*

Une *hémorrhagie veineuse en nappe* se produit et est arrêtée par tamponnement. La *section de la symphyse doit être faite avec un bistouri très-robuste*, à cause de la résistance du tissu ; après section, les 2 pubis sont encore maintenus par des *tissus fibreux très-solides, derrière la symphyse*, qui ne laissent qu'un écartement de 1 cm. Ces tissus sectionnés, l'écartement est provoqué en mettant la cuisse en abduction, écartement de 3 cm. Tamponnement de la plaie et

orceps. L'enfant est facilement extrait, et est petit. Déchirure périnéale.

Suture de la symphyse avec des catguts.

L'hémorrhagie se reproduit quand on enlève le tamponnement ; on doit en remettre un autre à demeure.

Pansement, gaze iodoformée.

Sonde à demeure, urines normales. On doit sonder le malade à plusieurs reprises les jours suivants.

On enlève les points de suture 10 jours après. Pas d'écartement des pubis.

Le 10 octobre. — La réunion est complète. Aucune douleur dans la région de la symphyse. Les fonctions urinaires sont normales. L'enfant est en bon état.

OBSERVATION XXIII (1)

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois. (Diamètre P. s. P. 9 centimètres). Section de la symphyse, application du levier préhenseur. Fistule vésico-vaginale. Escarre sacrée. Guérison de la mère. Enfant vivant de 3.470 grammes, mort dans la première année. (Lepage, *Annales de Gynécologie et d'obstétrique*, 1896, t. XLV).

Maria L..., vingt-huit ans, enceinte pour la quatrième fois, entre à la Pitié le 26 novembre 1898.

Cette femme n'a marché qu'à trois ans, puis avec des béquilles jusqu'à cinq ans. Elle a conservé une boiterie légère du côté gauche.

Trois grossesses antérieures. — 1^{er} accouchement : 28 fé-

1. Observation publiée dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1896. T. XLV, p. 198.

vrier 1893, à la campagne ; sommet, à terme, enfant mort pendant le travail ; forceps.

2^e accouchement . 29 mars 1894, à la campagne ; fille à terme, morte pendant le travail ; forceps.

3^e accouchement : 3 octobre 1875. Enfant de 3.050 grammes, extrait par la symphyséotomie pratiquée par M. Lepage à la Maternité de Saint-Louis. L'enfant n'a jamais été malade ; il est bien portant et très développé.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 23 au 27 mars 1898. A senti remuer au milieu du mois d'août. Hauteur de l'utérus, 36 centimètres. Cette femme, journalière, a travaillé dans les champs jusqu'à la fin du septième mois. Depuis, elle ne s'est occupée que de son ménage. Urines normales.

Examen de femme. — Léger raccourcissement du membre inférieur gauche (un centimètre environ). Légères courbures du rachis : l'une dorso-lombaire à convexité gauche ; l'autre dans la région dorsale moyenne, à convexité droite. Couchée sur le dos, légère ensellure lombaire. M. Lepage constate que les courbures rachidiennes sont beaucoup moins accusées.

Varices aux membres inférieurs. Utérus incliné à droite, légèrement en besace.

Présentation du sommet en D. P. ; engagement nul, tête très mobile débordant le pubis et tendant à filer dans la fosse iliaque gauche.

Le diamètre P. s. P. mesure 9 centimètres. Il existe entre les deux pubis un écartement admettant la pulpe de l'index. Bruits du cœur normaux.

Le 2 janvier 1899, à 8 heures soir, apparition des premiè-

res douleurs qui se succèdent toutes les demi-heures pendant la nuit. Le 3 janvier, à 9 heures matin, la femme est examinée à la salle de travail : tête élevée, col déhiscent, poche des eaux intacte. Enfant vivant. Il existe des contractions douloureuses. A 10 h. 30 matin, M. Lepage examine la parturiente : la poche des eaux fait hernie par un orifice de la grandeur d'une pièce de 2 francs. A 2 heures soir, même dilatation. A 5 heures soir, dilatation de 5 francs. A 11 h. 30 soir, dilatation d'une petite paume de main. T., 36° ; P., 70. Cœur fœtal bon.

Le 4 janvier, à 3 h. 50 matin, rupture spontanée des membranes. A 4 heures, la dilatation est complète et on prévient M. Lepage. A 4 h. 35, M. Lepage examine la femme et trouve la tête appliquée au niveau du détroit supérieur. Chloroforme, désinfection des organes génitaux et cathétérisme vésical. A 5 h. 25, incision sur la cicatrice ancienne : on pince deux vaisseaux qui saignent. Rapidement, M. Lepage arrive sur du *tissu fibreux criant sous le bistouri*, La section et l'écartement de la symphyse sont faciles : écartement spontané de 1 centimètre et demi. A la partie supérieure de la symphyse et en arrière, des *tracés fibreux gênent l'écartement*. M. Lepage les sectionne, puis, avec l'écarteur, provoque un écartement de 5 centimètres et demi. On constate à ce moment l'existence, *à gauche de l'urètre, d'une petite boutonnière faisant communiquer cette partie du vagin avec la plaie rétro-pubienne. Cette solution de continuité semble due à l'angle inférieur du pubis gauche.* Comme dans la première symphyséotomie, on constate, à un degré cependant moins accusé, que le pubis droit reste sur un plan un peu postérieur au pubis gauche.

La tête, qui n'a pas subi le moindre engagement, est ce pendant trop fortement appliquée sur le rétrécissement osseux pour qu'on puisse songer à pratiquer la version. La main gauche, qui avait été introduite dans ce but, constate que le pariétal postérieur subit une forte pression de la colonne vertébrale et qu'il existe une dépression très marquée de toute la partie de la tête fœtale. On applique alors le levier préhenseur et on exerce des tractions modérées. Au moment du passage des grands diamètres de la tête, il se produit un écartement de 7 centimètres, et un ressaut très net indique que l'engagement est effectué. On rapproche les jambes. Après la rotation de la tête, l'écarteur est enlevé et la femme expulse spontanément la tête fœtale ; pas de difficultés pour le passage des épaules.

L'enfant a rendu beaucoup de méconium. Injection intra-utérine : délivrance artificielle. Tamponnement vaginal à la gaze stérilisée.

Il existe au niveau de l'orifice urétral une plaie de 1 centimètre environ dans laquelle on retrouve, à l'aide d'une sonde métallique, l'orifice de l'urètre très contus. Deux points de suture au catgut au-dessus de l'urètre. Sonde à demeure dans l'urètre. Deux points de suture au fil d'argent pour réunir les parties profondes présymphysiennes et cinq points superficiels au crin de Florence.

T. après l'opération, 36°,2 ; P., 70 ; 500 grammes de sérum.

9 heures matin : hémorragie assez abondante, venant, non de la plaie, mais de l'utérus. Massage de l'utérus qui reste dur. La malade est agitée : on lui fait une injection d'une demi-seringue de morphine. On retire la sonde à demeure bouchée par un caillot.

3 heures soir : T., 36°8 ; P., 150.

6 heures soir : T., 36°8 ; 300 grammes de sérum.

Minuit : T., 36°6. La malade repose.

5 janvier. La malade a eu la nuit de *l'incontinence d'urine* pansement, chemise et matelas sont mouillés. On change le tampon vaginal ; on le remplace par de la gaze iodoformée. T. m. 36°6 ; P., 132.

3 heures soir : miction spontanée toujours involontaire.

T. m., 37°8 ; P., 132. Il existe *toujours de l'incontinence d'urine*.

6 janvier. — La nuit a été bonne. T. m. 37° ; P., 128. Incontinence d'urine pendant la nuit ; le pansement souillé est changé. T. s., 37°6 ; P., 140. *L'incontinence persiste*.

7 janvier. — La nuit a été bonne ; plusieurs mictions spontanées volontaires, mais au moindre mouvement la femme perd son urine.

Te m., 37° ; P., 134. T. s., 37°8 ; P., 132.

8 janvier. — *L'incontinence d'urine paraît diminuer*.

T. m. 37° ; P., 124. T. s., 37°7 ; P. 132. On retire deux fils d'argent.

9 janvier. — L'incontinence persiste. T. m., 36°9 ; P., 140.

10 janvier. — Pas de montée laiteuse. *L'incontinence existe toujours*. T. m., 36°8 ; P., 120. T. s., 37°2 ; P., 140.

11 janvier. — Petite montée laiteuse. Au niveau du sacrum, à l'extrémité supérieure du sillon interfessier, l'épiderme est soulevé, comme macéré, et forme une phlyctène. On met la malade sur un coussin de caoutchouc pour éviter les frottements du drap, toujours souillé. T. m., 37°2 ; P., 120. T. s., 37° ; P. 120.

13 janvier. — *Il s'est produit une escarre sacrée* de la dimension d'une pièce de 1 franc. Pansement aseptique. L'incontinence subsiste. T., 37°,2 ; P. 116.

14 janvier. — T., 37° ; incontinence nocturne.

15 janvier. — On continue à traiter l'escarre qui a les dimensions d'une pièce de 1 franc. *L'urine s'échappe continuellement goutte à goutte de la vessie.*

16 janvier. — La malade, mise dans un lit ordinaire, meut bien ses jambes et se met sur le côté sans gêne. L'escarre ne se modifie pas.

18 janvier. — L'escarre sèche : la malade se couchant sur le côté, la plaie n'est plus en contact avec l'urine. M. Lepage examine la malade ; l'urètre est béant. On injecte du permanganate dans la vessie, mais le liquide, revenant par le pourtour de la sonde, on ne peut se rendre compte s'il y a communication avec le vagin.

19 janvier. — Même opération, mais avec le bleu de méthylène. Un tampon placé au fond du vagin se trouve bleu par sa face antérieure.

M. Lepage reconnaît alors avec le doigt l'existence *d'une fistule vésico-vaginale*, dans laquelle il introduit facilement la pulpe de l'index.

L'escarre s'améliore beaucoup et tend à se cicatriser.

26 janvier. — L'escarre est en bonne voie de guérison. M. Lepage et M. Baudron examinent la femme ; l'orifice fistuleux, linéaire, mesure 1 centimètre et siège dans le cul-de-sac antérieur du vagin, sur la ligne médiane, en avant du col utérin.

3 février. — Chloroforme. M. Baudron *suture la fistule*, 3 points au fil d'argent. Sonde à demeure vésicale.

4 février. — L'urine suintant par le méat autour de la sonde, on débouche celle-ci et on vide la vessie toutes les heures.

5 février. — On laisse l'urine s'écouler continuellement dans un urinal : la malade urine un litre d'urine claire.

8 février. — On supprime le siphon et on recommence à vider la vessie régulièrement toutes les heures, en débouchant la sonde à demeure.

11 février. — M. Baudron retire les fils. Une petite quantité d'eau bouillie est injectée dans la vessie : il en passe quelques gouttes au niveau des points. On installe de nouveau le siphon et on fait un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

12 février. — *Pas d'écoulement anormal d'urine* ; un peu de pus dans l'urine. Lavages de la vessie à l'eau bouillie.

Les jours suivants, on continue les lavages. Le 16 février, on retire la sonde à demeure ; la malade urine spontanément une heure après.

Elle se lève un quart d'heure.

19 février. — La malade se plaint d'une *douceur au niveau de la cicatrice de la symphyse* : on ne trouve dans cette région rien d'anormal.

23 février. — Au niveau de la symphyse existe un point douloureux à la pression. Par le toucher, on trouve que le pubis gauche surplombe légèrement le droit ; il y a un léger écartement. La malade élève facilement son membre inférieur gauche au-dessus du plan du lit ; elle éprouve de la difficulté à exécuter le même mouvement du côté droit.

25 février. — L'impotence du membre inférieur droit a

disparu. La malade descend dans le jardin. Elle urine malgré elle, quand elle tousse.

27 février. — On mène la femme à la clinique Baudelocque pour radiographier son bassin ; il est démontré que le bassin n'est pas oblique ovalaire, mais aplati d'avant en arrière.

14 mars. — La miction est facile dans la position horizontale ; mais dans la position assise, l'écartement des cuisses tire la plaie et la miction est gênée. Avant la symphyséotomie, la malade avait un certain degré de colpocèle, de rectocèle et de cystocèle.

Depuis le 15 janvier, la température a été constamment normale.

19 mars. — La malade quitte l'hôpital. Elle était d'ailleurs en état de le faire depuis quelques jours.

La montée laiteuse qui avait été abondante lors de l'accouchement précédent a été cette fois insuffisante pour les besoins de l'enfant. Il a été nécessaire de donner à l'enfant du lait stérilisé.

L'enfant, du sexe féminin, pèse à la naissance 3.470 grammes. Longueur totale : 51 centimètres. Diamètres de la tête : OM, 11,6. OF, 11,2 SOB. 9,4. SOF, 11. BiP. 9,4. BiT, 8,4. SMB. 8,3. Circonférences 33 et 35 centimètres.

Tête moyennement ossifiée. Toute la partie droite de la tête (examinée de face) surplombe de 1 centimètre la partie gauche, qui est aplatie.

L'enfant a crié au bout de quelques instants sans avoir besoin d'être ranimé.

Le troisième jour, son poids tombe à 3.100 grammes. Il augmente de 10 grammes le quatrième jour. La mère ayant

peu de lait, on donne à l'enfant du lait stérilisé à partir du cinquième jour. L'enfant augmente alors plus rapidement : le lait de la mère devenant plus abondant, on réduit peu à peu les tétées de lait stérilisé ; on les augmente de nouveau à partir du onzième jour, car l'enfant perd de nouveau de son poids. A partir du quinzième jour (poids de l'enfant 3.420 grammes), on le fait nourrir par sa mère et par une nourrice.

L'allaitement par la mère n'est toujours pas suffisant, car chaque fois qu'elle n'est pas aidée par une nourrice, on note une diminution de poids de l'enfant. A chaque tétée il prend d'ailleurs moins à la mère qu'à la nourrice.

Le vingt-deuxième jour, l'enfant ne pèse que 3.500 grammes : on le nourrit au sein et au lait stérilisé, il augmente de poids d'une façon progressive. Le 1^{er} mars, il pèse 4.230 grammes. On essaie encore une fois de le faire alimenter seulement par sa mère ; le 2 mars, il a diminué de 50 grammes. On reprend alors le lait stérilisé.

L'enfant quitte le service avec sa mère le 19 mars 1899. Il est en bon état et pèse 4.240 grammes.

Cette femme est revenue dans le courant de l'année dans le service ; elle dit avoir perdu son enfant de diarrhée infantile.

OBSERVATION XXIV

Symphyséotomie pratiquée avec succès par Draghiesco sur une femme déjà symphyséotomie (note du *The Ann. J. Off. Obstetrics* 1899 t. 40 p. 113). (Thèse de Vanvothberghe. Paris 1900.

Draghiesco rapporte un cas de symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur la même femme. Les deux opéra-

tions ont été suivies de succès. Après la seconde intervention, la marche fut un peu plus difficile, et la malade retrouva son *aptitude à la marche plus lentement qu'après la première opération*,

OBSERVATION XXV (Personnelle).

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur la même femme par M. Broussin à l'hôpital de Versailles, le 2 février 1900.

L..., VIII ; a marché à 9 mois. Taille 1 m. 39.

Bassin généralement rétréci. Diamètre promonto sous-pubien 90 mm.

1^{re} grossesse : avortement à 3 mois.

2^e grossesse : avortement à 5 mois.

3^e grossesse : en 1893, à terme, basiotripsie.

4^e grossesse : avortement à 4 mois.

5^e grossesse : en 1895 à terme, basotripsie.

6^e grossesse : en 1898, à terme, symphyséotomie, enfant vivant.

7^e grossesse : en 1899, avortement à 5 mois.

Grossesse actuelle : La femme est en travail ; la dilatation a commencé. On pratique la deuxième symphyséotomie, qui se fait sans accident. On applique le forceps. Pendant l'opération l'enfant meurt. Pas de suture osseuse.

Suites de couches normales. Pas d'incontinence d'urine. La malade sort un mois après l'opération en très bon état. Elle ne souffre pas de sa symphyse, et n'a pas d'incontinence d'urine.

Revue six mois après, elle est en parfait état.

OBSERVATION XXVI (personnelle).

Symphyséotomie pratiquée pour la troisième fois sur la même femme par M. Broussin à l'hôpital de Versailles le 2 mars 1901.

L..., IX pare. Fait l'objet de l'observation précédente. Symphyséotomisée une seconde fois le 2 février 1900, elle est de nouveau enceinte et à terme.

Elle entre dans la salle de travail le 2 mars 1901. Le travail est commencé. M. Broussin entreprend la 3^e symphyséotomie.

Incision de l'ancienne cicatrice. *La section de la symphyse est rendue plus difficile par suite de la résistance des tissus cicatriciels.*

Après section de la symphyse l'écartement spontané est à peine d'un demi centimètre par suite de la présence de *tissus fibreux très résistants au-dessus, au-dessous et surtout en arrière de la symphyse.*

On introduit avec beaucoup de difficultés la gouttière protectrice derrière ces *brides fibreuses très adhérentes aux tissus situés en arrière.*

Après section des tractus fibreux on provoque doucement un écartement de 4 centimètres et demi ; mais à ce moment les *tissus cicatriciels vestibulaires se déchirent, et causent une abondante hémorrhagie veineuse en nappe.*

Le tamponnement étant insuffisant, on pose des pinces en cœur.

Application de forceps en O I G T ; enfant vivant étonné, pesant 3.020 gr.

Suture de la peau ; on laisse à demeure les pinces en cœur.

Le long de l'urèthre, à droite, on voit une plaie communiquant entre le vagin et la plaie rétro-pubienne.

Suture. Sonde urétrale à demeure.

Le lendemain on retire la sonde à demeure ; la malade urine normalement ; pas d'incontinence.

Suites de couches normales. Pas d'incontinence.

Le 22^e jour on fait lever la malade qui ne souffre pas. En la faisant se porter alternativement d'une jambe sur l'autre, on constate un déplacement très appréciable des deux pubis, qui sont écartés de 11 millimètres environ.

La malade sort le 35^e jour en très bon état ; elle marche sans fatigue, n'a pas d'incontinence d'urine, mais on constate du *prolapsus utérin assez marqué*.

CONCLUSIONS

I. La répétition de la symphyséotomie, sur une femme déjà symphyséotomisée n'est pas très fréquente, parce que beaucoup accouchent spontanément après une première opération et que d'autres sont accouchées prématurément, ou par d'autres procédés.

II. Le procédé opératoire devient plus compliqué par suite des tissus cicatriciels.

Les difficultés sont produites par :

1° La dureté de la cicatrice symphysienne.

2° La présence d'un pont fibreux résistant derrière la symphyse qu'il faut sectionner pour obtenir l'écartement.

3° Les adhérences entre ce pont fibreux et les tissus et organes avoisinant, causant les difficultés suivantes :

4° Rupture du plexus de Santorini et de la vessie, au moment de l'écartement.

5° Hémorrhagie en nappes.

6° Plaies communicantes.

7° Contusions de l'urèthre.

8° Parfois impossibilité absolue de provoquer l'écartement sans causer de ruptures.

III. Les suites immédiates sont bonnes pour l'enfant et

sensiblement les mêmes que la première fois pour la mère.

IV. Les suites tardives sont sensiblement les mêmes pour la femme ; l'écartement des pubis n'est pas beaucoup plus exagéré qu'après l'opération. On trouve pourtant assez fréquemment du prolapsus utérin causant de l'incontinence d'urine.

En résumé : l'opération semble pouvoir être pratiquée sans beaucoup de risques dans un service d'hôpital où l'opérateur peut être efficacement secondé, et où il peut pratiquer facilement l'opération césarienne en ce cas où l'écartement ne peut être produit sans léser les organes avoisinants. En dehors de ce cas cette intervention semble imprudente à cause des nombreuses surprises qu'elle réserve et qu'on ne peut prévoir.

Vu : le Président de la thèse,
BUDIN

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Abelly.** — Documents pour servir à l'histoire de la symphyséotomie. Th. doct. Paris 1899.
- Bar.** — La symphyséotomie, ses résultats immédiats et éloignés. Obstétrique. Paris, 1899, IV.
- Belloy.** — Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de la symphyséotomie. Th. Paris, 1899.
- Budin.** — Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, fév. 1893 et nov. 1894.
- Desforges.** — Th. Paris, 1892.
- Farabeuf.** — Les bienfaits de la symphyséotomie. Th. doct. Paris, 1893.
- Gotchaux.** — De la symphyséotomie. Th. doct. Paris, 1899.
- Jorand.** — Accident de la symphyséotomie. Th. Paris, 1899.
- Lepage.** — Huit observations de symphyséotomies. Annales gynécologie et obstétrique. Paris, 1898-1901.
- Lepage et Bar.** — De la symphyséotomie. Annales de gynécologie et d'obstétrique. Paris, 1896.
- Monte.** -- Di una seconda sinfisiotomia praticata sulla stessa dona. Racoglitore, med. Forli, 1900, 4^e, IV.
- Pinard.** — La symphyséotomie à la clinique Baudelocque. Annales de gynécologie et d'obstétrique, ann. 1892-93-94-95-96-97-98-99-1900.

Porak. — Symphyséotomie. Statistique, manuel opératoire.

Revue d'obstétrique et gynécologie. Paris, 1895, XI.

Ribemont Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Rubinrot. — Contribution à l'étude de la symphyséotomie.

Th. doct. Paris, 1899.

Vanvotberghe. — Contribution à l'étude de la symphyséotomie. Th. doct. Paris, 1900.

Varnier. -- Le bilan de la symphyséotomie renaissante au 31 mai 1893.

— Annales de gynécologie et d'obstétrique. Paris, 1893.

— La symphyséotomie. Annales de gynécologie et d'obstétrique. Paris, 1898, XLVIII.

Wolff (M.). — Des accouchements spontanés après la symphyséotomie. Th. doct. Paris, 1900.

